

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa Wykonawcy*

.....

Siedziba Wykonawcy (ulica, nr domu, nr lokalu, kod miejscowość)*

.....

.....

Numer telefonu: Numer faksu:

Adres e-mail:

NIP: REGON:

**Dom Pomocy Społecznej
ul. Konarskiego 11/13
61-114 Poznań**

Nawiązując do zapytania ofertowego nr 2/2017 na sukcesywną dostawę leków do Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu przy ul. Konarskiego 11/13 oraz Oddziału Domu Pomocy Społecznej w Poznaniu przy ul. Zamenhofa 142a, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na następujących warunkach:

Cena ofertowa brutto:

Słownie:

(cena ofertowa brutto powinna stanowić sumę wartości brutto z formularza cenowego na leki bezpłatne, ryczałtowe, z odpłatnością 30%, 50% i 100%).

Ponadto oświadczamy, że:

1. zapoznaliśmy się z treścią zapytania ofertowego, do którego nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty;
2. uważamy się za związanych ofertą w terminie do 31 maja 2017 r.;
3. zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do podpisania umowy i realizacji zamówienia na warunkach określonych przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym.

Do oferty załączamy:

1.

2.

3.

4.

Data

.....
Podpisy osób uprawnionych do
do reprezentowania Wykonawcy